**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento**

1. Foi solicitado (a) pelo (a) meu (minha) médico(a) que devo me submeter ao seguinte procedimento: Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH).

2. O paciente é responsável por trazer o medicamento para realização do exame.

3. A equipe do Laboratório Clínico explicou-me todo o procedimento do Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH) ao qual serei submetido(a), solicitado pelo meu (minha) médico(a) clínico(a).

4. O Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH) é utilizado para avaliar a reserva e produção de GH pela glândula hipófise, principalmente para diagnóstico de deficiência de GH em crianças com baixa estatura ou adultos com disfunção estrutural e/ou funcional da hipófise.

5. O Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH) requer a presença de um(a) técnico(a) de enfermagem para acompanhamento.

**\* Ele é contraindicado em pacientes com reação alérgica prévia à clonidina e bradiarritmia cardíaca de grau moderado ou severo.**

6. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:

• Hematoma no local da punção venosa.

• Hipotensão, tonturas e sonolência, que ocorrem frequentemente e podem perdurar durante todo o dia do teste.

• Broncoespasmo em pacientes asmáticos.

7. É recomendável a presença de um(a) acompanhante durante o teste, pois o(a) paciente não poderá dirigir ou ser dispensado(a) sem um(a) acompanhante se tiver hipotensão ou tonturas durante ou após o teste.

8. No dia do teste, após o procedimento, é recomendável:

• Evitar atividade física moderada ou intensa.

• Evitar atividade física moderada ou intensa.

• Não ir à escola (no caso de crianças ou adolescentes).

• Não dirigir veículos (no caso de adultos).

9. Tive oportunidade de esclarecer todas minhas dúvidas relativas ao Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH), após ter lido e compreendido todas as informações do Termo de Ciência e Consentimento Livre e

Esclarecido para Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH).

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com todos os itens do Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido do Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH) antes de sua assinatura e, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas minhas dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o Teste de Estímulo com Clonidina para Dosagem de Hormônio de Crescimento (GH) seja realizado.

Nome do paciente ou responsável legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da realização:\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_